

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1934-1935. N° 21.

Résultats du traitement obstétrical du Placenta Prævia

du 1^{er} Novembre 1927 au 1^{er} Novembre 1934

(Statistiques de la Clinique Obstétricale)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 novembre 1934.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred L'HÉRAND

Elève de l'École du Service de Santé Militaire.

né le 4 juin 1910, à Bérézaïka (Russie)



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

—
1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554214_0062

**Résultats du Traitement Obstétrical
du Placenta Prævia**

du 1^{er} Novembre 1927 au 1^{er} Novembre 1934.

(Statistiques de la Clinique Obstétricale)

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LÉPINE
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET,
PIC, CONDAMIN.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PAVIOT SAVY
Cliniques chirurgicales	TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	BONNET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVÉ-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT (P.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	HERMANN
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie générale et thérapeutique	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie... ..	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIÉRY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (L.)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSEL
DUFOURT	GATÉ	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DEVIC	DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT
GABRIELLE	BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REVOL	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CHAMBON.	ENSELME	
	CIBERT	SEDALLIAN	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VORON, *Président.*

MM. EPARVIER, PIGEAUD, DE ROUGEMONT, *Assesseurs.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1934-1935. N° 21.

Résultats du traitement obstétrical du Placenta Prævia

du 1^{er} Novembre 1927 au 1^{er} Novembre 1934

(Statistiques de la Clinique Obstétricale)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 15 novembre 1934.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred L'HÉRAND

Elève de l'École du Service de Santé Militaire.

né le 4 juin 1910, à Bérézaïka (Russie)



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

—
1934



A MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Je leur dois tout. Je leur dédie ce modeste travail, témoignage bien faible de mon amour filial.

A MA SŒUR

En témoignage de mon affection.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale.

Accoucheur des Hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Il nous a fait le grand honneur d'en accepter
la présidence. Nous lui en sommes vivement
reconnaissant et l'assurons de notre pro-
fond respect.

A MES JUGES

Homage très respectueux et reconnais-
sant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCHIER

Chef de Clinique Obstétricale.

Il nous a donné, avec grande bienveillance, les directives nécessaires à l'exécution de notre travail. Nous le prions ici de croire à notre respectueux dévouement et à notre vive gratitude.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOSPICES CIVILS DE LYON

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

ET DES HÔPITAUX MILITAIRES

A MES CHEFS

INTRODUCTION

La Question du traitement du Placenta Praevia est à l'ordre du jour, puisque le dernier congrès d'Obstétrique y a consacré une grande part de ses travaux. Il nous paraît intéressant de comparer les résultats obtenus à la CLINIQUE OBSTÉTRICALE de LYON à ceux publiés ailleurs.

La thérapeutique du Placenta Praevia n'est pas en effet univoque. Sous l'influence des techniques modernes, on a tendance à s'orienter délibérément vers la chirurgie dans la lutte contre cette anomalie grave de la greffe de l'œuf.

A ce propos, il nous paraît utile de rappeler l'essentiel du rapport de Messieurs PAUCOT, de LILLE, et REEB de STRASBOURG, présenté AUX VIII CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE A PARIS les 5, 6, 7 octobre 1933 sur le traitement chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur¹.

Ce rapport débute par un historique montrant bien l'évolution des idées en ce qui concerne le traitement du Placenta Praevia :

En 1910, BAR, au Congrès de PESTH, accepte la pratique de la césarienne à titre exceptionnel, si la mère

(1) Revue Mensuelle de Gynécologie obstétrique. Tome XXVIII. Année 1933, pages 97 et suivantes.

n'est surement pas infectée, l'enfant bien vivant, bonnes conditions permettant l'acte chirurgical. Pourtant, en France, la réserve est très grande encore.

En 1912, au Congrès de BERLIN, COUVELAIRE traduit l'opinion des accoucheurs français : « La pratique systématique de la césarienne pour Placenta Praevia est injustifiée; les résultats obtenus par les méthodes obstétricales, pour les mères accouchées dans de bonnes conditions, n'étant pas inférieurs à ceux obtenus par le traitement chirurgical, au contraire. Le traitement chirurgical doit être l'exception, limité à la dystocie complexe, à l'insuffisance de la dilatabilité du col, à l'infection manifeste, contre laquelle le PORRO est l'opération de choix. »

En 1921 au CONGRÈS DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DE LANGUE FRANÇAISE, à PARIS, COUVELAIRE, estimant qu'il ne faut pas faire courir un danger trop grand à la mère dans l'intérêt de l'enfant, confirme encore le point de vue qu'il avait adopté en 1912. La majeure partie des accoucheurs se rallie à ses conclusions.

Toutefois, en ALLEMAGNE, la thérapeutique chirurgicale prend beaucoup plus rapidement pied que chez nous et, en particulier, la césarienne basse segmento corporeale transpéritonéale, de VEIT surtout. Certains opérateurs prétendent abaisser ainsi la mortalité maternelle jusqu'à 5, et même 3 %. Toutefois, même à ce moment, en ALLEMAGNE la majorité des accoucheurs réserve surtout le traitement chirurgical aux cas de placenta central.

Après 1921, en FRANCE, BRINDEAU, le premier, se

tourne plus résolument vers les méthodes chirurgicales, grâce à sa pratique de la césarienne basse. Il a trouvé toujours plus d'imitateurs.

Messieurs PAUCOT et REEB résument cette partie de leur historique en faisant ressortir que jusqu'en 1921 les accoucheurs français se prononçaient nettement contre la pratique systématique du traitement chirurgical et que le nombre des cas où il entraînait en ligne de compte était très restreint. L'analyse des questionnaires auxquels ont bien voulu répondre leurs collègues, leur a permis de préciser les positions prises depuis 1921 par les différents accoucheurs. Ils sont éclectiques, excluant parfois à peu près complètement l'un ou l'autre traitement. Si avant 1927 l'éclectisme était encore orienté vers les méthodes obstétricales, depuis 1927 il évolue plus ou moins rapidement vers les méthodes chirurgicales par voie abdominale. Mais, du moins, les méthodes obstétricales ne sont pas près d'être abandonnées puisqu'il y est recouru dans 70 à 80 % des cas par ceux-là même qui reconnaissent les mérites des méthodes chirurgicales. En définitive, un quart des cas environ sont estimés du ressort de la chirurgie.

Les rapporteurs, grâce à l'obligeance de leurs confrères, ont pu grouper plus de 2000 cas d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta, provenant de multiples cliniques desservies par les titulaires et leurs aides et donnant ainsi une moyenne, tant du point de vue de l'intervention choisie que de la valeur de sa mise en œuvre : « Actuellement les méthodes obstétricales encore en cours sont la rupture large

des membranes; l'introduction dans l'œuf d'un ballon incompressible; la version de BRAXTON HICKS non suivie d'extraction immédiate; les extractions rapides, après dilatation manuelle ou au ballon, par version, forceps ou basiotripsie; enfin le procédé de DELMAS. Le tamponnement n'est plus employé. »

Résultats :

Sur 1724 cas, ils ont 135 décès maternels soit 7,82 %.

Sur 1611 cas, ils ont 827 décès fœtaux soit 51 %.

1) Si la rupture large des membranes donne 34,50 % de mortalité fœtale, par contre toutes les autres interventions donnent une mortalité fœtale globale de plus de 50 %. La version mixte donne 83,60 % de mortalité fœtale.

2) Si la rupture large des membranes donne 2,40 % de mortalité maternelle, l'accouchement accéléré par une opération (version, forceps, basiotripsie) compte un pourcentage de décès de 13,57 %, la version de BRAXTON HICKS donne une mortalité de 13,72 %, le procédé DELMAS donne 10,86 % de décès et le ballon 8,45 %.

Les résultats précédents nous montrent que, malgré tout, les méthodes obstétricales gardent des partisans et des indications et c'est pour cela qu'il nous paraît utile de faire, à leur sujet, une étude statistique, afin de définir, dans la mesure du possible, leur valeur dans le pronostic du Placenta Praevia. Mais une telle étude n'ayant d'intérêt qu'autant qu'elle peut être comparée à d'autres études semblables, nous avons cru bon de faire figurer brièvement avant nos propres résultats, ceux obtenus dans d'autres cliniques :

RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE 100 CAS
DE PLACENTA PRAEVIA
OBSERVÉS A LA MATERNITÉ DE STRASBOURG,
DE 1920 A 1932 (PAR MONSIEUR R. KELLER) ².

Sur 19.898 observations, il y a 100 cas (0,50 %) de Placenta Praevia dont 88 traités par les procédés obstétricaux.

M. KELLER tient compte de 11 cas d'accouchement spontané. Sur 88 cas la moralité maternelle globale est de 6,81 % et la mortalité fœtale de 53,40 %.

Trois variétés anatomo-pathologiques sont distinguées :

I^e Placenta Praevia total : 26 cas soit 29,54 %.

13 cas (50 %) ont été traités par la version et extraction tardive; 2 (7,69 %) par la version et extraction immédiate; 6 (23,07 %) par la version de BRAXTON HICKS; 3 (11,53 %) par un ballon suivi de version et extraction tardive; 1 (3,84 %) par une dilatation manuelle sous rachi-anesthésie, version et extraction immédiate; 1 cas d'extraction par le siège.

Mortalité maternelle : 4 (15,4 %) cas,

Mortalité fœtale : 22 (84,6 %) cas,

II^e Placenta Praevia Latéral : 40 cas soit 45,45 %.

2 accouchements spontanés (5 %); 10 ruptures artificielles des membranes (25 %); 8 versions avec extraction tardive (20 %); 5 versions avec extraction immédiate (12,50 %); 6 applications de ballon (15 %); 1 ballon suivi de forceps (2,50 %); 3 ballons suivis

(2) Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris. Tome XXII. Année 1933, pages 112 et suivantes.

version et extraction immédiate (7,50 %); 4 manœuvres de BRAXTON HICKS (10 %); 1 dilatation sous rachi-anesthésie suivie de version et extraction immédiate (2,50 %).

Mortalité maternelle : 2 cas (4,9 %).

Mortalité fœtale : 20 cas (50 %).

III^e *Placenta Praevia Marginal* : 22 cas soit 25 %.

9 accouchements spontanés (40,90 %); 7 ruptures artificielles des membranes (31,81 %); 2 extractions par le siège après rupture spontanée des membranes (9,09 %); 1 extraction par le siège après rupture artificielle des membranes (4,54 %); 2 ballons suivis d'extraction par le siège (9,09 %); 1 cas de rupture de la poche des eaux, compliqué de procidence du cordon et terminé par une version et perforation de la tête dernière, la césarienne ayant été refusée.

Mortalité maternelle : 0 cas soit 0,0 %.

Mortalité fœtale : 5 cas soit 22,7 %.

LE TRAITEMENT DU PLACENTA PRAEVIA
A LA CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
DE STRASBOURG PENDANT LES ANNÉES 1920 A 1932,
ET SES RÉSULTATS (PAR MONSIEUR REEB) ³.

Sur un total de 18.307 accouchements, 101 cas de Placenta Praevia ont été observés soit 0,55 %. Les membranes étaient accessibles 66 fois (65,34 %); il y avait placenta partout 33 fois (32,67 %); 2 fois les

(3) Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris. Tome XXII. Année 1933, pages 106 et suivantes.

membranes étaient rompues (10,98 %). Il fut recouru au traitement obstétrical dans 61 cas.

M. REEB classe ses observations d'après la technique employée :

I) 8 cas (13,11 %) furent traités par la rupture simple des membranes, avec 0 % de mortalité maternelle et 4 morts fœtales (50 %).

II) 20 ballons (32,78 %) après rupture des membranes ou perforation du placenta avec 2 morts de la mère (10 %) et 10 morts fœtales (50 %).

III) 11 versions de BRAXTON HICKS (18,03 %) avec 0 % de mortalité maternelle et 8 morts fœtales (72,72 %).

IV) 18 versions extractions ou forceps à dilatation avancée (29,50 %), avec 5 morts maternelles (27,77 %) et 12 morts fœtales (66,66 %).

V) 4 procédés DELMAS (6,55 %), avec 1 mort maternelle (25 %) et 1 mort fœtale (25 %).

Résultats sur 61 cas :

Mortalité maternelle : 8 cas (13,11 %).

Mortalité fœtale : 35 cas (57,3 %).

**LE TRAITEMENT DU PLACENTA PRAEVIA
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX DE 1920 A 1932
(PAR MESSIEURS J. ANDÉRODIAS ET R. MAHON) ⁴.**

Sur un total de 11.078 accouchements, 59 cas, soit 0,53 %, de Placenta Praevia ont été traités. Il y a

(4) Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris. Tome XXII. Année 1933. pages 510 et suivantes.

45 cas (76 %) de placenta partiel et 14 cas (24 %) de placenta partout. Dans 49 cas (83,05 %) on usa du traitement obstétrical. Les observations sont classées d'après la technique employée :

I) 11 (22,44 %) ruptures spontanées des membranes, avec 0 % de mortalité maternelle et 3 enfants morts (27,27 %).

II) 8 (16,33 %) ruptures artificielles des membranes, avec 0 % de mortalité maternelle et 3 enfants morts (37,50 %).

III) 13 (26,53 %) ballons, avec 0 % de mortalité maternelle et 77 % de mortalité fœtale (10 cas).

IV) 2 (4,08 %) versions de BRAXTON HICKS, avec 50 % de mortalité maternelle et fœtale.

V) 7 (14,28 %) versions par manœuvres internes suivies d'extraction, avec 0 % de mortalité maternelle et 3 cas (43 %) de mortalité fœtale.

VI) 7 (14,28 %) forceps, avec 0 % de mortalité maternelle et 4 cas (57 %) de mortalité fœtale.

VII) 1 (2,04 %) procédé DELMAS, avec 0 % de mortalité maternelle et 1 cas (100 %) de mortalité fœtale.

Résultats sur 49 cas :

Mortalité maternelle 1 cas (1,9 %).

Mortalité fœtale 25 cas (51,02 %).

MM. J. ANDÉRODIAS et R. MAHON précisent qu'il s'agit très certainement là d'une série exceptionnellement favorable.

LE PLACENTA PRAEVIA A LA MATERNITÉ D'ALGER
(PAR MESSIEURS LAFFONT ET FULCONIS) ⁵.

De 1905 à 1924 sur 6,195 accouchements, 128 cas (2,06 %) de Placenta Praevia ont été rencontrés. Ils ont tous été traités obstétricalement.

Ils sont classés d'après la technique employée :

I) 36 (28,12 %) ruptures simples des membranes, avec 0 % de mortalité maternelle et 13 morts fœtales (36,11 %).

II) 45 ballons (35,15 %), avec 2 cas de mortalité maternelle (4,44 %) et 2 cas de mortalité fœtale (4,44 %).

III) 7 (5,46 %) versions de BRAXTON HICKS, avec 1 mort maternelle (14,28 %) et 4 morts fœtales (57,14 %).

IV) 40 (31,25 %) versions avec extraction immédiate, avec 2 cas de mortalité maternelle (5 %) et 24 cas de mortalité fœtale (60 %).

Résultats sur 128 cas :

Mortalité maternelle : 5 cas (3,90 %).

Mortalité fœtale : 64 cas (50 %).

Telles sont les quelques statistiques que nous avons cru pouvoir reproduire avant de donner les nôtres.

Dans un premier chapitre nous allons très rapidement faire quelques considérations sur le choix des techniques employées.

Dans un deuxième nous classerons nos observations suivant ces mêmes techniques.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous discuterons nos résultats.

(5) Revue Mensuelle de Gynécologie Obstétrique. Tome XXVIII. Année 1933, page 452.

Nous remercions très sincèrement Notre Maître, Monsieur le Professeur VORON, pour son Enseignement et ses Leçons Cliniques qui ont été beaucoup, dans notre formation médicale générale et qui, du point de vue du sujet qu'il a bien voulu nous confier, ont été les bases de nos recherches. Il a bien voulu nous accueillir à la CLINIQUE OBSTÉTRICALE et nous a permis de relever les observations fondamentales qui illustrent notre travail. Qu'il veuille bien agréer nos sentiments de respectueuse gratitude.

CHAPITRE I

LES METHODES EMPLOYEES

A LYON, tout en restant fidèle aux méthodes obstétricales, pour le traitement des hémorragies du Placenta Praevia, on est aujourd'hui éclectique et l'on fait volontiers la césarienne si l'indication s'en pose.

Parmi les méthodes obstétricales, les plus employées sont : la rupture simple des membranes; la version de BRAXTON HICKS; plus rarement la version podalique par manœuvres internes. Nous n'avons rencontré qu'une seule fois dans nos observations le procédé de SIMPSON et l'introduction dans l'œuf du Ballon de CHAMPETIER DE RIBES.

En fait, comme nous le disions dans notre introduction, il n'est pas possible d'envisager un seul et unique traitement du Placenta Praevia. La diversité des aspects cliniques en ce qui concerne la durée et le degré des hémorragies, la perméabilité et la longueur du col, l'accès aux membranes, le degré d'infection toujours possible, la viabilité de l'enfant, le moment où l'intervention s'impose, sont autant de facteurs qui entrent en ligne de compte pour le choix de la technique à employer.

Mais il est un dernier facteur dont l'importance est très grande. Nous voulons parler de la variété ana-

tomo-pathologique exacte de Placenta Praevia. Son diagnostic ne peut en général pas être fait lors de l'apparition de l'hémorragie, mais du moins le toucher intra-cervical, s'il est possible, permet de reconnaître une variété recouvrante ou non. C'est pour cela que dans la discussion des faits observés, au Chapitre III de notre travail, à côté de la statistique basée sur les techniques employées, nous pourrions en placer une autre basée sur la variété de placenta reconnue.

CHAPITRE II

NOS OBSERVATIONS

Dans ce chapitre, nous allons placer nos observations. Nous tenons à préciser que nous n'avons fait état que des cas dans lesquels une des techniques énoncées au précédent chapitre a dû être employée, laissant de côté les cas où, malgré l'anomalie de la greffe de l'œuf, l'accouchement a été spontané. Il est d'autant plus nécessaire de préciser le fait, que les statistiques ci-dessus reproduites, de M. KELLER, d'une part, de MM. J. ANDÉRODIAS et R. MAHON, d'autre part, font entrer en ligne de compte des accouchements spontanés.

Ceci posé, nous allons répartir nos observations en 5 groupes différents :

1°) Les cas traités par la rupture simple des membranes.

2°) Les cas traités par la version de BRAXTON HICKS, avec extraction différée.

3°) Les cas traités par la version podalique par manœuvres internes, à dilatation complète.

4°) Les cas traités par l'introduction dans l'œuf du ballon de CHAMPETIER DE RIBES.

5°) Les cas traités par le procédé de SIMPSON.

I

Observations du premier groupe.

(Cas traités par la rupture simple des membranes).

ANNEE 1928.

OBSERVATION N° 732.

Entrée le 1-8-28.

Mme Gi..., 31 ans. II geste. 7^e mois de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Petites hémorragies répétées. Perte normale à la délivrance.

Enfant : 1750 grs. Mort après 3 jours.

Mère : Sortie le 12-8-28.

OBSERVATION N° 743.

Entrée le 16-7-28.

Mme Mo..., 26 ans. II geste. 8 mois 1/4 de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte sanguine de 600 grs.

Enfant : 2700/430 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 19-8-28.

OBSERVATION N° 749.

Entrée le 4-8-28.

Mme Bl..., 31 ans. II geste, A terme.

Placenta Praevia marginal.

Perte sanguine de 500 grs.

Enfant : 3050/500 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 12-8-28.

ANNEE 1929.

OBSERVATION N° 433.

Entrée le 10-5-29.

Mme Go..., 37 ans. VI geste. A terme.

Placenta Praevia latéral.

Perte de 250 grs.

Enfant : 3150 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 20-5-29.

OBSERVATION N° 642.

Entrée le 12-7-29.

Mme Vi..., 24 ans. II geste. A terme.

Placenta Praevia marginal.

Perte de 800 grs.

Enfant : 2860 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 24-7-29.

OBSERVATION N° 686.

Entrée le 25-7-29.

Mme Ve..., 39 ans. IX geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte presque normale.

Enfant : 2380/410 grs. Mort-né (circulaire du cordon).

Mère : Sortie le 4-8-29.

OBSERVATION N° 980.

Entrée le 18-10-29.

Mme Ga..., 25 ans. I geste. 7° mois de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte presque normale.

Enfant : 1800/340 grs. Vivant.

Mère : Sortie le 26-10-29.

OBSERVATION N° 1006.

Entrée le 28-10-29.

Mme Du..., 27 ans. II geste. A terme.

Placenta Praevia latéral.

Petites hémorragies au début du travail. Perte presque normale à la délivrance.

Enfant : 3860/720 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 9-11-29.

OBSERVATION N° 1063.

Entrée le 15-11-29.

Mme Od..., 27 ans. II geste. Age de la grossesse ?

Placenta Praevia marginal.

Perte : 600 grs.

Enfant : 3180/490 grs. Présente hématémèse, mœléna. Guérit.

Mère : Sortie le 25-11-29.

OBSERVATION N° 1067.

Entrée le 9-11-29.

Mme Ja..., 30 ans. V geste. Près du terme.

Placenta Praevia marginal.

Perte insignifiante.

Enfant : 2900/500 grs. Vivant.

Mère : Sortie le 25-11-29.

OBSERVATION N° 1184.

Entrée le 23-12-29.

Mme Me..., 29 ans. II geste. A terme.

Placenta Praevia latéral.

Perte de 500 grs.

Enfant : 3400/600 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 3-1-30.

ANNEE 1930.

OBSERVATION N° 806.

Entrée le 3-8-30.

Mme Vi..., 29 ans. I geste. 6 mois $\frac{2}{3}$ de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Expulsion de 150 grs de caillots au moment des douleurs;
ensuite perte normale.

Enfant : 1050/210 grs. Vécut 7 jours.

Mère : Sortie le 12-8-30.

OBSERVATION N° 1017.

Entrée le 27-9-30.

Mme Vi..., 30 ans. II geste. 7 mois $\frac{1}{2}$ de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte normale.

Enfant : 2130/500 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 15-10-30.

OBSERVATION N° 1054.

Entrée le 2-10-30.

Mme Bo..., 34 ans. III geste. Près du terme.

Placenta Praevia marginal.

Petites pertes au 4^e et au 8^e mois, une autre plus importante le 2-10-30. Perte normale à la délivrance.

Enfant : 3500/600 grs. Vigoureux.
Mère : Sortie le 18-10-30.

ANNEE 1931.

OBSERVATION N° 138.

Entrée le 6-2-31.

Mme Pa..., 24 ans. I geste. 8 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte normale.

Enfant : 2970/570 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 20-2-31.

OBSERVATION N° 813.

Entrée le 16-8-31.

Mme Ro..., 34 ans. II geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte de 600 grs.

Enfant : 2600/540 grs. Vivant.

Mère : Sortie le 29-8-31.

OBSERVATION N° 1061.

Entrée le 4-11-31.

Mme Bi..., 28 ans. V geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte normale.

Enfant : 2430/460 grs. Débile. Mis en couveuse.

Mère : Sortie le 18-11-31.

ANNEE 1932.

OBSERVATION N° 18.

Entrée le 6-1-32.

Mme Pe..., 23 ans. II geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte de 400 grs. en tout.

Enfant : 2680/460 grs. Mort-né.

Mère : Sortie le 13-1-32.

OBSERVATION N° 520.

Entrée le 25-5-32.

Mme Bo..., 24 ans. I geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte de 840 grs. à la sortie du placenta.

Enfant : 1450/300 grs. Mort-né.

Mère : Température de 37,5 pendant quelques jours.

Sortie le 14-6-32.

OBSERVATION N° 528.

Entrée le 28-5-32.

Mme Gr..., 34 ans. VII geste. A terme.

Placenta Praevia latéral.

Expulsion de 200 grs de caillots avant la délivrance; ensuite perte normale.

Enfant : 3970/560 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 8-6-32.

OBSERVATION N° 597.

Entrée le 15-6-32.

Mme Ba..., 34 ans. VIII geste. 8 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte insignifiante.

Enfant : 2860/480 grs. Vivant.

Mère : Sortie le 26-6-32.

OBSERVATION N° 687.

Entrée le 11-7-32.

Mme Ch..., 41 ans. X geste. A terme.

Placenta Praevia marginal.

Perte totale de 800 grs.

Enfant : 2900/620 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 21-7-32.

OBSERVATION N° 1135.

Entrée le 16-11-32.

Mme Gi..., 35 ans. II geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia centro-latéral.

Perte de 800 grs entre l'accouchement et la délivrance; ensuite perte insignifiante.

Enfant : 2830/520 grs. Mort-né.

Mère : Sortie le 27-11-32.

ANNEE 1933.

OBSERVATION N° 211.

Entrée le 1-3-33.

Mme Tr..., 32 ans. III geste. 8 mois $1/3$ de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte de 500 grs.

Enfant : 3530/740 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 19-3-33.

OBSERVATION N° 545.

Entrée le 14-6-33.

Mme Ma..., 35 ans. V geste. Age de la gestation ?

Placenta Praevia marginal.

La malade arrive exsangue dans le Service, et ne perd pas.

Enfant : 3720 grs. Mort-né.

Mère : Décédée 1 heure 30 après l'accouchement, malgré le traitement de son anémie.

ANNEE 1934.

OBSERVATION N° 141.

Entrée le 2-2-34.

Mme Re..., 41 ans. VIII geste. 7 mois $1/3$ de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Hémorragie de 500 grs. à l'arrivée, cédant à l'intervention.

Enfant : 2480/680 grs. Mort après 12 heures par hémorragie sous-arachnoïdienne diffuse.

Mère : Sortie le 13-2-34.

OBSERVATION N° 155.

Entrée le 5-2-34.

Mme Re..., 20 ans. I geste. A terme.

Placenta Praevia latéral.

Petite hémorragie du travail. Perte normale à la délivrance.

Enfant : 2760/500 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 17-2-34.

OBSERVATION N° 468.

Entrée le 18-4-34.

Mme Ma..., 36 ans. I geste. 8 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte totale de 800 grs.

Enfant : 2430 grs. Naît étonné. Bien portant.

Mère : Sortie le 2-5-34.

OBSERVATION N° 696.

Entrée le 5-5-34.

Mme Ch..., 32 ans. VI geste. A terme.

Placenta Praevia marginal.

Perte totale de 1000 grs. dont 300 grs. pendant la délivrance.

Enfant : 3500/710 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 4-7-34.

OBSERVATION N° 713.

Entrée le 17-6-34.

Mme Ve..., 43 ans. II geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Hémorragie de 800 grs pendant la délivrance.

Enfant : 1900/400 grs. Mort in utero 1 mois 1/2 avant terme.

Mère : Sortie le 1-7-34.

II

Observations du deuxième groupe.

(Cas traités par la Version de BRAXTON HICKS,
sans extraction immédiate).

ANNEE 1928.

OBSERVATION N° 178.

Entrée le 19-2-28.

Mme Ma..., 33 ans. III geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte de 1200 grs.

Enfant : 3040 grs. Mort-né.

Mère : Sortie le 5-3-28 de la 2° Infirmerie.

OBSERVATION N° 1210.

Entrée le 24-12-28.

Mme Wr..., 30 ans. I geste. A terme.

Placenta Praevia central partiel.

Perte de 2000 grs.

Enfant : Mort in utero.

Mère : Etat d'anémie aiguë qui s'améliore. Sortie le 12-1-29.

ANNEE 1929.

OBSERVATION N° 334.

Entrée le 13-4-29.

Mme Ri..., 30 ans. II geste. A terme.

Placenta Praevia central total.

Perte de plus de 700 grs.

Enfant : Mort.

Mère : Sortie le 5-5-29.

OBSERVATION N° 773.

Entrée le 21-8-29.

Mme Im..., 34 ans. V geste. 6° mois de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte de 500 grs au moment de l'accouchement.

Enfant : 1040/250 grs. Mort-né.

Mère : Hémorragie persistante. Décès 7 heures après.

OBSERVATION N° 916.

Entrée le 4-10-29.

Mme Bo..., 34 ans. IV geste. 6 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte presque normale.

Enfant : 1250/260. Mort-né.

Mère : Sortie le 13-10-29.

OBSERVATION N° 953.

Entrée le 14-10-29.

Mme Li..., 22 ans. III geste. Age de la gestation ?

Placenta Praevia central partiel.

Perte : 1050 grs. de caillots et petites hémorragies.

Enfant : 2400 grs. Mort-né.

Mère : Infection puerpérale, abcès de fixation. Sortie le 20-10-29.

OBSERVATION N° 1186.

Entrée le 23-12-29.

Mme Ma..., 38 ans. IX geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte de plus de 600 grs.

Enfant : Craniotomie sur tête dernière.

Mère : Après délivrance artificielle, elle continue à perdre et meurt par anémie aiguë.

ANNEE 1930.

OBSERVATION N° 125.

Entrée le 3-2-30.

Mme Pa..., 34 ans. IV geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte presque normale.

Enfant : 2870/620. Bien portant.

Mère : Sortie le 15-2-30.

OBSERVATION N° 250.

Entrée le 9-3-30.

Mme Be..., 29 ans. II geste. 7° mois de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte de sang liquide non évaluée avec en plus 770 grs de caillots.

Enfant : 1600 grs. Mort pendant le travail.

Mère : Sortie le 20-3-30.

OBSERVATION N° 524.

Entrée le 19-5-30.

Mme Ca..., 39 ans. II geste. 7 mois 3/4 de gestation.

Placenta Praevia centro-marginal.

Perte d'environ 800 grs.

Enfant : 1600/650 grs. Mort-né.

Mère : Sortie le 4-6-30.

OBSERVATION N° 542.

Entrée le 16-5-30.

Mme Mu..., 32 ans. V geste. A terme.

Placenta Praevia marginal.

Hémorragie de 800 grs le 17-5. Perte normale à la délivrance.

Enfant : 4150/750 grs. Mort-né.

Mère : Sortie le 11-6-30.

OBSERVATION N° 670.

Entrée le 14-6-30.

Mme Br..., 27 ans. I geste. 7 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte de 1200 grs.

Enfant : 2500/630 grs. Mort-né.

Mère : Soignée pour son anémie, sort le 18-7-30.

OBSERVATION N° 1030.

Entrée le 30-9-30.

Mme Al..., 26 ans. III geste. 8 mois de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte totale de 1100 grs.

Enfant : 2500/400 grs. Macéré.

Mère : Soignée pour son anémie. Sort le 12-10-30.

OBSERVATION N° 1214.

Entrée le 15-11-30.

Mme Te..., 31 ans. III geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Hémorragies tous les 15 jours depuis le 5° mois jusqu'à l'accouchement. Ensuite perte normale.

Enfant : 3050 grs. Décédé 5 heures après.

Mère : Envoyée à l'infirmerie avec $\ominus = 38,6$. Sort le 6-12-30.

ANNEE 1931.

OBSERVATION N° 248.

Entrée le 9-3-31.

Mme Sa..., 34 ans. III geste. 8 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte de 400 grs.

Enfant : 2100/410 grs. Mort pendant le travail.

Mère : Sortie le 20-3-31.

OBSERVATION N° 783.

Entrée le 20-7-31.

Mme Fo..., 37 ans. IX geste. A terme.

Placenta Praevia latéral.

Perte de 1200 grs avant la délivrance.

Enfant : 3570/370 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 16-8-31.

ANNEE 1932.

OBSERVATION N° 7.

Entrée le 9-12-31.

Mme Ri..., 43 ans. XIV geste. 8 mois 2/3 de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte de 1200 grs.

Enfant : 4250/700 grs. Mort-né.

Mère : Fait un abcès du ligament large et une phlébite droite. Elle sort guérie le 15-2-32.

OBSERVATION N° 75.

Entrée le 19-1-32.

Mme Lo..., 34 ans. VI geste. 7 mois 1/3 de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Perte de 500 grs de caillots avant l'accouchement.

Enfant : 1740/380 grs. Mort-né.

Mère : Sortie le 30-1-32.

OBSERVATION N° 153.

Entrée le 3-2-32.

Mme Jo..., 25 ans. II geste. 8 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia centro-latéral.

Perte de 1100 grs au moment de la délivrance.

Enfant : 3280/450 grs. Mort-né.

Mère : Suites simples, à peine fébriles.

OBSERVATION N° 1019^{bis}

Entrée le 14-10-32.

Mme Po..., 41 ans. I geste. 8 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia central total.

Hémorragie de 1300 grs, après un toucher.

Enfant : Mort.

Mère : Décédée 1 heure 15 min. après l'entrée.

OBSERVATION N° 1047.

Entrée le 17-10-32.

Mme Du..., 35 ans. I geste. 6 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia central total.

Perte totale de 1100 grs.

Enfant : 1470/300 grs. Mort-né.

Mère : Suites subfébriles.

ANNEE 1933.

OBSERVATION N° 171.

Entrée le 15-2-33.

Mme Gu..., 37 ans. VI geste. 7 mois 1/3 de gestation.

Placenta Praevia centro-marginal.

Perte normale.

Enfant : 2660/470. Mort-né.

Mère : Sortie le 7-3-33.

OBSERVATION N° 407.

Entrée le 27-4-33.

Mme Ch..., 28 ans. III geste. 8 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia marginal.

Ecoulement sanguin depuis le début du 9^e mois. Perte normale à la délivrance.

Enfant : 1650 grs. Vécut 10 min.

**Mère : Présente des douleurs de la fosse iliaque droite.
Sort guérie le 21-5-33.**

ANNEE 1934.

OBSERVATION N° 508.

Entrée le 28-4-34.

Mme Lo..., 30 ans. VI geste. Age de la gestation ?

Placenta Praevia central partiel.

Hémorragie de 1000 grs avant l'arrivée. Perte de 300 grs après la délivrance.

Enfant : 2250/360 grs. Mort-né.

Mère : Sortie le 6-5-34 après traitement de son anémie.

OBSERVATION N° 1213.

Entrée le 14-10-34.

Mme Ma..., 37 ans. II geste. 7^e mois de gestation.

Placenta Praevia central total.

Perte évaluée à 500 grs au moment de la version; perte normale à la délivrance.

(On fait le Braxton Hicks après que le placenta a été partiellement décollé et amené au dehors).

Enfant : 1850/300 grs. Mort-né.

Mère : Est envoyée à la 2^e Infirmerie. On a fait une révision utérine ramenant 4 cotylédons. Etat satisfaisant.

III

Observations du troisième groupe.

(Cas traités par la Version podalique par manœuvres internes).

ANNEE 1928.

OBSERVATION N° 808.

Entrée le 21-8-28.

Mme Mi..., 31 ans. IV geste. 8 mois 1/3 de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Petites hémorragies répétées. Perte normale à la délivrance.

Enfant : Mort 1 heure après.

Mère : Sortie le 8-9-28.

OBSERVATION N° 904.

Entrée le 15-9-28.

Mme Du..., 37 ans. III geste. 7 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia centro-latéral.

Perte de 800 grs.

Enfant : 3000/520 grs. Bien portant.

Mère : Sortie le 11-10-28.

ANNEE 1931.

OBSERVATION N° 408.

Entrée le 12-4-31.

Mme Ko..., 40 ans. II geste. 7 mois 1/2 de gestation.

Placenta Praevia central total.

Perte de 900 grs.

Enfant : 2100/420 grs. Le cœur s'arrête après 15 min.
Mère : Sortie le 8-5-31.

OBSERVATION N° 622.

Entrée le 16-6-31.

Mme Du..., 23 ans. II geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia latéral.

Perte de 800 grs.

Enfant : 2440/440, ranimé après 15 min. Bien portant.

Mère : Sortie le 6-7-31.

IV

Observations du quatrième groupe.

*(Cas traités par l'introduction dans l'œuf
du Ballon de CHAMPETIER DE RIBES).*

ANNEE 1929.

OBSERVATION N° 381.

Entrée le 26-4-29.

Mme De..., 33 ans. I geste. A terme.

Placenta Praevia marginal.

Perte de 800 grs au moment de la rupture des membranes
et de 300 grs lors de l'accouchement.

Enfant : 3700/630 grs. Bien développé par la suite.

Mère : Sortie le 20-5-29.

V

Observations du cinquième groupe.

(Cas traités par le procédé de SIMPSON).

ANNEE 1928.

OBSERVATION N° 295.

Entrée le 24-3-28.

Mme F..., 27 ans. II geste. 8° mois de gestation.

Placenta Praevia central total.

Etat d'anémie extrême, presque syncopal, à l'arrivée.

Enfant : Craniotomie.

Mère : Décédée 4 heures après.

CHAPITRE III

EXAMEN DES FAITS OBSERVES

Dans ce dernier chapitre, nous allons essayer de donner une idée des résultats obtenus dans le traitement obstétrical des hémorragies du Placenta Praevia, en nous plaçant au double point de vue de la technique suivie et de la variété d'insertion placentaire observée.

Du 1^{er} novembre 1927 au 1^{er} novembre 1934, en 7 ans, sur un total de 8.945 accouchements, nous avons relevé 68 cas de Placenta Praevia traités, soit 0,76 %. Sur ces 68 cas, 61 ont été traités par les méthodes obstétricales, ce qui donne un pourcentage de 89,27 %.

La mortalité maternelle globale a été de 8,19 % (5 cas).

La mortalité fœtale a été de 54,09 % (33 cas).

Nous précisons que la mortalité fœtale, dans nos statistiques, a été évaluée en considérant uniquement les décès survenus avant la quarante-huitième heure.

I. STATISTIQUE BASÉE SUR LES TECHNIQUES EMPLOYÉES :

1°) *Rupture simple des membranes* : 30 cas soit 49,16 %.

Mortalité maternelle : 1 cas soit 3,33 %.

Mortalité fœtale : 7 cas soit 23,33 %.

2°) *Version de BRAXTON HICKS* : 25 cas soit 40,98 %.

Mortalité maternelle : 3 cas soit 12 %.

Mortalité fœtale : 23 cas soit 92 %.

3°) *Version podalique par manœuvres internes* :
4 cas soit 6,55 %.

Mortalité maternelle : 0 %.

Mortalité fœtale : 2 cas soit 50 %.

4°) *Ballon de CHAMPETIER DE RIBES* : 1 cas soit
1,63 %.

Mortalité maternelle : 0 %.

Mortalité fœtale : 0 %.

5°) *Procédé de SIMPSON* : 1 cas soit 1,63 %.

Mortalité maternelle : 100 %.

Mortalité fœtale : 100 %.

Ceci nous montre que, les trois derniers procédés étant très peu utilisés, la rupture simple des membranes donne des résultats satisfaisants; mais dans les cas où elle ne suffit pas, la version de BRAXTON HICKS constitue presque fatalement un arrêt de mort pour l'enfant.

II. STATISTIQUE BASÉE

SUR LA VARIÉTÉ D'INSERTION PLACENTAIRE :

Nous distinguons les variétés *Marginale*, *Latérale*, *Centrale Partielle* et *Centrale Totale*.

1°) *Placenta Praevia Marginal* : 29 cas soit 47,54 %.

Mortalité maternelle : 3 cas soit 10,35 %.

Mortalité fœtale : 15 cas soit 51,72 %.

2°) *Placenta Praevia Latéral* : 18 cas soit 29,50 %.

Mortalité maternelle : 0 %.

Mortalité fœtale : 5 cas soit 27,77 %.

3°) *Placenta Praevia Central Partiel* : 8 cas soit 13,11 %.

Mortalité maternelle : 0 %.

Mortalité fœtale : 7 cas soit 87,5 %.

4°) *Placenta Praevia Central Total* : 6 cas soit 9,83 %.

Mortalité maternelle : 2 cas soit 33,33 %.

Mortalité fœtale : 6 cas soit 100 %.

Malgré les 8 cas de *Placenta Praevia central partiel* heureusement terminés pour la mère, ces résultats soulignent la gravité des interventions obstétricales, dans les cas de variété d'insertion centrale partielle ou totale du placenta, tant pour la mère que pour l'enfant.

Ces deux dernières statistiques résument l'essentiel de notre travail. Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de les comparer à des travaux semblables publiés ailleurs. Mais nous croyons aussi qu'il faut apprécier les divers résultats à leur juste valeur, étant donné le petit nombre des observations sur lesquelles porte chaque statistique. Seule la loi du grand nombre est en effet capable de corriger la fantaisie de la loi des séries. En ce qui concerne plus particulièrement notre sujet, la modalité d'éclectisme des thérapeutiques chirurgicale ou obstétricale peut handicaper la première, si on ne lui réserve que les cas très graves, ou au contraire la dernière s'il est jugé que dans les cas désespérés, elle vaut seule d'être tentée.

CONCLUSIONS

I. Il faut garder une place aux méthodes obstétricales dans le traitement du Placenta Praevia.

II. Sur 61 cas de Placenta Praevia traités par les méthodes obstétricales, du 1^{er} novembre 1927 au 1^{er} novembre 1934, nous avons trouvé 29 insertions marginales (47,54 %); 18 insertions latérales (29,50 %); 8 insertions centrales partielles (13,11 %) et 6 insertions centrales totales (9,83 %).

III. Les méthodes de traitement employées ont été : La rupture simple des membranes dans 30 cas (49,16 %); la version de BRAXTON HICKS avec extraction différée dans 25 cas (40,98 %); la version podalique par manœuvres internes dans 4 cas (6,55 %); le Ballon de CHAMPETIER DE RIBES dans 1 cas (1,63 %); le procédé de SIMPSON dans 1 cas (1,63 %).

IV. La mortalité fœtale globale est de 54,09 % (33 cas). Par rapport à la localisation anatomique du placenta elle est de 51,72 % (15 cas) pour l'insertion marginale; 27,77 % (5 cas) pour l'insertion latérale; 87,5 % (7 cas) pour l'insertion centrale partielle; 100 % (6 cas) pour l'insertion centrale totale.

Par rapport à la technique employée elle est de 23,33 % (7 cas) pour la rupture simple des mem-

branes; 92 % (23 cas) pour la version de BRAXTON HICKS; 50 % (2 cas) pour la version podalique par manœuvres internes; 0,0 % pour le Ballon de CHAMPE-
TIER DE RIBES; 100 % (1 cas) pour le procédé de SIMPSON.

V. La mortalité maternelle globale est de 8,19 % (5 cas).

Par rapport à la localisation anatomique du placenta elle est de 10,35 % (3 cas)' pour l'insertion marginale; 0 % pour l'insertion latérale; 0 % pour l'insertion centrale partielle; 33,33 % (2 cas) pour l'insertion centrale totale. Par rapport à la technique employée elle est de 3,33 % (1 cas) pour la rupture simple des membranes; 12 % (3 cas) pour la version de BRAXTON HICKS; 0 % pour la version podalique par manœuvres internes; 0 % pour le Ballon de CHAM-
PETIER DE RIBES; 100 % (1 cas) pour le procédé de SIMPSON.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 29 octobre 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
H. LIRONDELLE.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I. — <i>Les Méthodes employées</i>	21
CHAPITRE II. — <i>Nos observations :</i>	23
1° Observations du premier groupe	24
2° Observations du deuxième groupe	30
3° Observations du troisième groupe	36
4° Observations du quatrième groupe	37
5° Observations du cinquième groupe	37
CHAPITRE III. — <i>Examen des faits observés</i>	39
CONCLUSIONS	43

